

**Pautas para el Programa de Asistencia Especial - Familia**

Bienvenidos a Mothers’ Milk Bank Northeast. Nosotros entendemos que le gustaría ser beneficiario de leche materna de donante pasteurizada (PDHM) para su bebé, pero el costo es muy alto. Nosotros queremos proporcionar leche materna a bebés sin importar su estado económico. Para ayudar a la mayor cantidad posible de bebés y familias, nosotros podemos enviar hasta cuatro semanas de leche materna a través de nuestro Programa de Asistencia Especial (SAP).

Incluido en este paquete-digital están:

1. **Aplicación del Programa de Asistencia Especial**
* Complete el formulario y envíenoslo de vuelta
* Incluya un documento financiero (la solicitud explica esto)
1. **Requisitos para Carta de Asistencia Médica**
2. **Formulario de Prescripción**
* Entregue estos dos documentos al médico de su bebé.
* Solicite que nos envíe la carta y la prescripción por fax.

Una vez que recibamos todos los formularios, nuestros doctores revisarán la carta de su médico.

Cuando hayamos verificado sus documentos, nos pondremos en contacto para discutir la forma de pago y envió.

Por favor comuníquese con nosotros en caso de algún cambio con su seguro de salud o situación familiar.

Esperamos poder trabajar con usted.

**Como enviar los formularios (escoja una de las opciones):**

* **Fax para** 617-527-1005 (la oficina de su doctor puede ayudar con esto).
* **Correo para** sap@milkbankne.org (enviar por correo no es seguro, no es recomendable).
* **Envíelo a** Mothers’ Milk Bank Northeast, 377 Elliot Street, Newton Upper Falls, MA 02464.

**¿Preguntas?** Llamar a 617-527-6263 y preguntar por el Programa de Asistencia Familiar (SAP) o enviar un correo a sap@milkbankne.org.



**Aplicación del Programa de Asistencia Especial**

Nombre:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Teléfono/Celular:

Correo:

Nombre del bebé y día de nacimiento:

¿Cuál es el ingreso anual del hogar? Total: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique los nombres de todos los miembros del hogar y la relación con el bebé:

Nombre Relación

**ADJUNTAR DOCUMENTO FINANCIERO** (proveer al menos un documento):

Adjunte prueba de que es un participante en uno de estos programas:

\_\_\_\_Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

\_\_\_\_Women, Infants, and Children (WIC) Program

\_\_\_\_Medicaid or state-sponsored insurance

\_\_\_\_Subsidized housing (Vivienda subsidiada)

\_\_\_\_Otra asistencia pública: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si no participa en ninguno de estos programas de asistencia, por favor proporcione:

\_\_\_\_La primera página de su declaración de impuestos

\_\_\_\_Cheques de Pago (uno por cada trabajador del hogar)

\_\_\_\_Otra prueba de ingresos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN PERSONAL**

¿Por qué está solicitando leche materna de donante?

¿Existen gastos o circunstancias inusuales que le dificulten pagar las tarifas de leche de donante?

Esperamos trabajar con usted para asegurarnos de que su bebé reciba la leche materna de donante que necesite para seguir creciendo y desarrollándose.



Requisitos para la Carta de Asistencia Médica

\*Tiempo-Sensible\*

**Padres:** Complete el nombre y la fecha de nacimiento su bebé y entregue este formulario, junto con el formulario de prescripción al médico de su bebé.

Nombre del bebé y día de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Your patient’s family would like to order Pasteurized Donor Human Milk (PDHM) from Mothers’ Milk Bank Northeast. We need a letter of medical necessity and a prescription from you, in order, to process their application for financial assistance. When writing the letter, please include the following information:

* Birth History, including:
	+ Date of birth
	+ Gestation age at birth
* Growth History
	+ Birth weight
	+ Current weight
* Medical conditions and diagnosis
* Complications for baby after birth, may include:
	+ Surgeries
	+ Infections in GI tract
* Medications
* Formula trials, including:
	+ Name of formulas
	+ Volume
	+ Length of time for each trial
	+ Effect on baby
* Additional information you believe will be valuable
* Weaning plan to transition off of donor milk

Please fax the completed letter and prescription to 617-527-1005, att: SAP.

Questions? Call 617-527-6263 x5 and ask for SAP (Special Assistance Program) or email sap@milkbankne.org.

**Learn more about our milk bank by visiting milkbankne.org.**

 **PRESCRIPTION FOR PASTEURIZED DONOR HUMAN MILK (PDHM)**

**TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER,**

**THEN FAXED TO MMBNE**

**Healthcare Providers:**You can use your own prescription forms. Please include all the information listed below. Fax prescription to Mothers’ Milk Bank Northeast at **617-527-1005.**

Baby’s Name:

Today’s Date:

DOB:

**Please provide ad lib amounts of PDHM for** \_\_\_\_\_\_\_ weeks (1 to 4) \_\_\_\_\_\_\_ months (1 to 12) for the following reasons:

☐ Prematurity *(P07.3)* ☐ Small for Gestational Age (SGA) *(P05.1)* ☐ LPI *(P07.39)*
☐ Slow feeding *(92.2)* ☐ Cleft Lip *(Q36)* ☐ Cleft Palate *(Q35.9)* ☐ Failure to Thrive *(P92.6)* ☐ Hypoglycemia (*P70.4)* ☐ Adoption *(Z02.82)*
☐ Intrauterine Growth Restriction (IUGR) *(P05.9)* ☐ Feeding Issue, non. Spec (*P92.9)* ☐ NAS *(P04.49)*
☐ Difficulty feeding at the breast *(P92.5)* ☐ Maternal Health Complications *(092.79)* ☐ Multiple Gestation (O*30)*
☐ GI issues *(0-28 days: P92.9) (after 28: R63.3)* ☐ Hyperbilirubinemia *(P59.9)* ☐ Abnormal Weight loss *(R63.4)* ☐ Non-lactating parent ☐ Other feeding intolerance

Provide details here: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Healthcare Provider**

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NPI#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Practice Name or Hospital: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Healthcare Providers:*** *for questions contact the Director of Client Relations,*

*617-527-6263 (ext. 7).*

 **Parents/Guardians**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Parents/Guardians:*** *to set up an account to order milk, contact* *orders@milkbankne.org*

*or 617-527-6263 (ext. 4).*

1/12/22